

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское
вмешательство**

НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

« _____ » _____ года рождения, в соответствии с требованиями Закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение стоматологического вмешательства

_____ (указать вид вмешательства, номер зуба)
осуществляемого врачом клиники ООО «Стом-Дарт-Плюс» _____.

Я проинформирован (а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

Я проинформировал (а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнений в виде новых заболеваний - пульпита и периодонтита.

Я предупрежден(а), что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.

Альтернативными методами лечения является: изготовление вкладки или накладки, установление коронки, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой), воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Я проинформирован (а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения и о необходимости профилактического осмотра 1 (один) раз в 6 (шесть) месяцев.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы. С гарантийными сроками и сроками службы на выполняемые работы и услуги по оказанию стоматологической помощи ознакомлен, согласен и обязуюсь соблюдать условия их применения.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает стоматологическую клинику ООО «Стом-Дарт-Плюс» от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

С информированным согласием ознакомлен (а) и согласен (а).

Дата « _____ » _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____ / _____ / « _____ » _____ 202__ г.

Беседу провел врач: _____ / _____ / « _____ » _____ 202__ г.